

【아동사춘기외래】

병원 FAX 번호 ( 0 6 - 4 3 0 3 - 5 6 8 4 )

※질문지와 진료 및 예약시스템으로 총 4 장이 한 세트에 되어 있습니다.

질문지 작성안내

저희 병원에서는 처음 오시는 환자분들에게 의사의 진찰 전 상담하시고자 하는 내용을 사전에 기입을 부탁 드리고 있습니다.

기입일 (서기            년            월            일 )  
기입자 (○를 쳐주세요)    본인 · 가족 (관계            )

오늘 진찰 받는 분의 성명				남 · 여
생년월일	년    월    일	연령 · 학년	세 (    학년)	
주 소	〒			
전화번호	연락을 받기 원하시곳에 ○를 쳐주세요 (주택)            -            -            . (휴대폰)            -            - 기입하신 휴대폰의 전화번호는 본인의 전화번호입니까? 네 · 아니요 (            의 휴대폰번호)			
가족구성	혈연관계 (연령 · 직업 · 학년 등) ※동거하고 있는 분의 혈연관계에 ○를 쳐주세요			
	예 : 4 명가족 (부) 40 · 회사원) (모) (3 8 · 주부) (본인) (1 2 · 초 6) 총 (    ) 명 식구			
저희 병원에 오시게 된 계기 해당하는 번호에 ○를 쳐 주세요. (복수가능)	1.(            )로 추천 받아서 2.본인이 진찰받고 싶다고 생각해서 3.(            )진찰 받기를 위해서 4.홈페이지를(            가 찾아서 ) 5.지인소개(            가            에게 들어서) 6.그외(            )			
소개장이 있습니까?	네 · 아니요 (            ) 부터			

【아동사춘기외래】

① 본인의 신장 (            ) cm      체중 (            ) kg
② 진료당일에 오시는 분은 누구입니까? (본인, 부, 모, 그 외            )
③ 상담내용 (곤란한 일에 관하여, 언제부터, 어떻게, 가능한 자세히 작성해 주세요)
④ 지금까지 의료·상담기관에서 들은 내용, 그 곳에서의 치료내용 (가능한 자세히 작성해 주세요)
⑤ 상담내용 (곤란한일) 에, 지금 까지 누가, 어떤 대책으로 해 왔는가?
⑥ 만약, 그 상담내용 (곤란한일) 이 안정이 될 때가 있다면, 그것은 어떠한 때 입니까?
⑦ 본인의 「좋은 점」 은 어떤 점입니까?
⑧ 지금까지 큰 병을 앓거나, 알레르기가 있습니까? 없음 · 있음 (            )
⑨ 현재, 복용하고 있는 약이 있습니까? 아니요 · 네 (약이름과 용량            )

【아동사춘기외래】

<p>⑩ 가족, 친척분 중에 정신과나 심료내과 진찰을 받고 계시는 분이 있으신지요?          없음 · 있음 (진단명/증상: _____ 본인과의 관계: _____ )</p>
<p>⑪ 사용하고 계시는 복지자원에 ○를 쳐주세요 ( ) 안에 등급을 기입해주세요          없음 · 요육수첩 (등급: _____ ) · 정신장애자수첩 (등급: _____ ) · 자립지원의료          그 외 ( _____ )</p>
<p>⑫ 이번진료에 특별히 희망을 하는 것이 있으면 ○를 쳐주세요 (중복가능)          · 의사의 의견이 듣고 싶다 · 이야기를 들어 주었으면 좋겠다 · 진단을 받고 싶다          · 주치의를 찾고있다 · 심리검사/발달검사를 받고 싶다 · 진단서가 필요하다          · 약에 대한상담(처방 · 약의 필요성 판단)을 받고 싶다 · 세컨드어피니언          · 복지자원(특별아동부양수당 · 정신장애수첩 · 장애연금등) 상담하고싶다          · 심리사의 카운셀링을 받고 싶다          (첫 회 60 분 8000 엔 · 2 회이후 30 분 4000 엔 또는 60 분 8000 엔 )          그 외 희망사항이 있으시면 구체적으로 작성해 주세요          ( _____ )          ※본인의 연령, 증상, 상태에 따라서 대응을 못하는 경우도 있습니다.</p>
<p>⑬ 예약날짜 : _____ 년 _____ 월 _____ 일 ( _____ 요일) _____ 시 _____ 분          주의사항 : 예약의 변경 · 취소의 경우 전일 (전일이 휴일인 경우 최근의 진료일) 오전          12 시반까지 연락 주시기 바랍니다. 당일은 20 분 전에 내원하여 주십시오.</p>
<p>저희 병원의 개인정보이용의 관한 동의서          ※반드시 읽어 주시기바랍니다.          · 개인정보에 관해서는 의료기관, 진료비청구를 위한업무, 병원관리운영업무, 외부감사기관에          정보 제공을 이용목적 외에는 사용하지 않습니다.          · 진료와 검사, 카운셀링에 간호사, 심리사, 연수생이 동석 할 수도 있습니다.          확인 후, 동의 하시면 서명을 부탁드립니다.          동의가 어려우신 분은 말씀해 주십시오.</p>
<p>본인 서명 또는 대필자 서명 _____ (관계: _____ )</p>

번거로우시겠지만 위의 항목을 작성 하신 후, 예약 진료일 2 일전 까지 저희 병원으로  
 팩스를 주십시오. 팩스가 어려운 경우 진료 당일 가지고 오십시오.  
 협력해 주셔서 감사합니다.

